

# FICHE INFIRMERIE

**Élève/Étudiant :**

NOM.....CLASSE.....

PRENOM .....

Date et lieu de naissance .....

N° de téléphone personnel .....

Dernier établissement fréquenté et classe

.....

RESPONSABLES	PERE/ autre à préciser	MERE/autre à préciser
NOM Prénom		
Adresse		
Profession		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		

FRATRIE Nom et Prénom	Date de naissance	Etablissement fréquenté et classe

**AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE EN CHARGE VOTRE ENFANT**

Nom, prénom..... Tel..... parenté.....

Nom, prénom..... Tel..... parenté.....

**UN ELEVE MINEUR NE PEUT SORTIR DE L'ETABLISSEMENT QU'ACCOMPAGNÉ D'UN REPRÉSENTANT LÉGAL**

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergies graves avérées (nécessitant l'administration d'adrénaline),

précisez : .....

Intolérances alimentaires, précisez : .....

Votre enfant est-il atteint des maladies suivantes (entourez et précisez le cas échéant) ?

Diabète      Epilepsie      Dépression      Troubles psychiques (anxiété chronique, TCA ...)

Autres : .....

A-t-il eu des accidents graves ? A-t-il subi des interventions chirurgicales ? Lesquelles ? Précisez la

date : .....

Prend-t-il régulièrement un traitement médical ? Lequel ? .....

A-t-il un suivi particulier (psychologue, orthophoniste,...) ? .....

**Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un : PAI ?  OUI  NON      PAP ?  OUI  NON**

Est-il connu de la MDPH ?  OUI  NON

Souhaitez-vous reconduire l'un ou l'autre cette année ? OUI    NON

**A-t-il bénéficié d'un aménagement d'épreuves (tiers-temps...) ?  OUI  NON**

## **Joindre obligatoirement la copie des pages de vaccination du carnet de santé**

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de ses représentants légaux.

## **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame : .....

Autorisons tout acte médical nécessaire à effectuer en urgence sur notre fils/fille par la médecine hospitalière la plus adaptée : .....

À ..... Le.....

Signature des responsables

NOM et lieu d'exercice du médecin  
traitant.....

.....